



## 4 Ingresos

Detalle cualquier ingreso recibido por todos los miembros de su núcleo familiar. Algunos ejemplos incluyen ingresos por pensión alimenticia, subsidio de menores, desempleo, seguridad social, beneficios VA, pensiones, etc. (Espacio libre extra en la parte de atrás del formulario.)

Persona que recibe dinero (nombre)	Nombre del empleador u Otro tipo de ingreso	Índice de ingresos antes de pagar los impuestos (\$900/mensual, \$6/por hora, etc.)	Horas trabajadas por semana	Frecuencia de pago (por semana, por quincena, bimensual, por mes, etc.)
		/		
		/		

## 5 Otra Información

- Sí  No A. ¿Todos los miembros de su núcleo familiar son residentes de Utah?
- Sí  No B. ¿Usted o su cónyuge tienen acceso a un plan de seguro de salud del empleador?
- Sí  No C. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar está afiliado actualmente a un plan de seguro de salud? En caso de ser así: Nombre(s) \_\_\_\_\_  
¿Cuándo comenzó la cobertura del plan? (mes/ día/ año) \_\_\_\_\_
- Sí  No D. ¿Alguno de los miembros de su núcleo familiar canceló/ cambió el seguro de salud en los últimos seis meses? En caso de ser así: Nombre(s) \_\_\_\_\_  
¿Cuándo fue cancelado/ cambiado el seguro? (mes/día/año) \_\_\_\_\_  
¿Por qué motivo fue cancelado/ cambiado el seguro? \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Sí  No E. ¿Usted o su cónyuge han servido en algún momento al servicio militar de los Estados Unidos? Si la respuesta es sí: Nombre(s) \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_
- Sí  No F. ¿Alguno de los adultos (de 19 años o más) de su núcleo familiar es estudiante de tiempo completo? En caso de ser así: Nombre(s) \_\_\_\_\_ Escuela(s) \_\_\_\_\_
- Sí  No G. ¿Algún miembro de su núcleo familiar está embarazada o planeando adoptar un niño en los próximos 60 días? En caso de ser así: Nombre(s) \_\_\_\_\_ Fecha de parto/ adopción \_\_\_\_\_
- Sí  No H. ¿Algún miembro de su núcleo familiar es discapacitado(a)? En caso de ser así: Nombre(s) \_\_\_\_\_
- Sí  No I. ¿Hay más de \$3,000 en bienes en su casa?
- Sí  No J. ¿Su familia posee más de 500 dólares en ingresos por intereses sujetos a impuestos anuales?
- Sí  No K. Yo tengo el formulario para el seguro de salud del empleador (última página) y se lo llevaré a mi empleador.
- L. ¿Cuál es el idioma de preferencia de su familia? \_\_\_\_\_

### Información para el Registro de Votantes

Sí  No Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, le gustaría solicitar su registro para votar aquí hoy? Si no elige ninguna de las dos opciones, asumiremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Puede llenar la solicitud en privado. Si desea asistencia para llenar la solicitud para el registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Escoger, registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le brindará ésta agencia. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse, su derecho a negarse a registrarse para votar, su derecho a privacidad en la decisión de registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a escoger el partido político de su preferencia u otras preferencias políticas, puede presentar una queja con el Lt. Governor, State of Utah, PO Box 142220, SLC, UT 84114.

## Entiendo que:

- Aseguro que todos los miembros del núcleo familiar solicitando cobertura médica o reembolso son ciudadanos estadounidenses o extranjeros en estado migratorio legal a no ser que este solicitando solamente asistencia médica urgente. Entiendo que no debo proporcionar información sobre la ciudadanía de los miembros del grupo familiar que no están solicitando cobertura médica o reembolso. El Departamento de Salud de Utah (UDOH) verificará los números de registros de los extranjeros con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS.) UDOH no reportará al USCIS a miembros del grupo familiar indocumentados.
- UDOH no discrimina basándose en la raza, grupo étnico, religión, sexo o discapacidad.
- Autorizo que se verifique la información presentada en este formulario cuando aplico y luego de haber recibido los beneficios. UDOH puede intercambiar información con mi proveedor de seguro de salud y/ o mi empleador durante el período en que recibo los beneficios del programa.
- Autorizo a cualquier persona u organización a entregar informes médicos o información sobre mi salud o la salud de mis dependientes a UDOH, División de Financiamiento de Atención Médica o designada. UDOH y el Departamento de Workforce Services pueden brindarle a mi médico información sobre mi elegibilidad para beneficios médicos.
- Debo informar de cualquier cambio en mi domicilio, número de teléfono, tamaño familiar y acceso a cobertura a través de otro plan de seguro de salud.
- Los beneficios médicos que recibo están limitados a los beneficios que se describen en el manual del proveedor establecido para el programa, en caso de ser aplicable. Acepto que estos manuales pueden ser modificados sin mi consentimiento o consideración.
- Los beneficios que tengo derecho a recibir pueden ser cambiados sin mi conocimiento o consentimiento. Acepto la responsabilidad de cualquier co-pago a los proveedores en el momento del servicio médico a menos que yo esté exento de dichos co-pagos.
- Si recibo una tarjeta médica, permitiré su uso sólo a las personas cuyo nombre está en la tarjeta médica.
- Acepto colaborar con el estado de Utah para establecer apoyo médico para mi familia y en la persecución de terceras partes responsables por gastos médicos. Acepto cooperar con el estado de Utah para establecer y recaudar pensión alimenticia y subsidio de menores para mi familia a menos que tenga una buena causa.
- En caso de ser necesario, la información en esta solicitud puede ser utilizada para determinar elegibilidad para Medicaid.
- Mis beneficios pueden ser reducidos, denegados, o cancelados a causa de información reportada. Entiendo que otorgar cualquier tipo de información falsa o no reportar cambios puede resultar en acción legal por fraude.
- Si recibo beneficios que no me corresponden, seré responsable por el pago de los mismos. Si UDOH paga por mi asistencia médica, le asigno mis derechos a pagos de terceras partes y beneficios por servicios médicos. Le daré a UDOH cualquier suma de dinero que cobre de una póliza de seguros o de alguien con la obligación de pagar por mis gastos médicos. Autorizo el pago directo a UDOH o la Oficina de Servicios de Recaudación y no hago responsables a terceros que realizan los pagos.
- Puedo solicitar una audiencia justa si estoy en desacuerdo con la decisión tomada sobre esta solicitud.
- El sistema estatal de Utah de información de inmunización (USIIS) es un registro que guarda informes completos y actualizados de la historia de inmunización de sus hijos. Para más información, o para retirar a su hijo de USIIS, llame a la línea telefónica gratuita de Inmunización al 1-800-275-0659.
- El estado tiene derecho a recaudar de mi patrimonio todo el dinero gastado para pagar mis cuentas médicas si recibo PCN o Medicaid en cualquier momento mientras tengo 55 años de edad o más.
- Acepto seguir las reglas de UDOH. Mi cónyuge y/ o niños, en caso de ser aplicable, también aceptan estas reglas.

Yo, (nombre completo) \_\_\_\_\_, leí o hice que me leyeran las declaraciones en ésta página. Entiendo dichas declaraciones. Bajo pena de perjurio, juro que las respuestas que di en ésta solicitud son completas y correctas. Soy la persona representada por la firma en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Sí  No Quisiera que mi representante también reciba información sobre mi caso.

Nombre, dirección, teléfono: \_\_\_\_\_



# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Este aviso describe como puede ser utilizada y divulgada su información médica y como puede usted acceder a dicha información. Por favor, revise con atención. Efectivo: 04/ 14/ 2003**

El Departamento de Salud de Utah, División de Financiamiento de Atención Médica (DHCF) está comprometido a proteger su información médica. DHCF tiene la obligación, por ley, de mantener la privacidad de su información médica, de hacerle llegar este aviso, y de respetar los términos de este aviso.

## **Prácticas y Usos de Confidencialidad/ Privacidad**

DHCF puede utilizar su información médica para el manejo de nuestro negocio. Ejemplos:

**Tratamiento** – para determinar apropiadamente la aprobación o denegación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los profesionales de la salud de DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica por necesidades médicas si usted es receptor de Medicaid, o por servicios enumerados en el programa si usted es receptor de Primary Care Network (PCN) o receptor del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o receptor de UPP.

**Pago** – para determinar su elegibilidad en los programas Medicaid, PCN, CHIP o UPP y realizar pagos a su proveedor de atención médica. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos de pago al DHCF por servicios médicos prestados a usted, en caso de ser correspondientes.

**Operaciones de Atención Médica** – para evaluar el desempeño de un plan de salud o de un proveedor de atención médica. Por ejemplo, los contratos de DHCF con consultores que revisan los registros de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad de servicio que usted ha recibido.

**Finalidad Informativa** – para darle a usted información útil tal como opciones de planes de salud, actualización de los beneficios del programa, exámenes médicos gratis e información de protección al consumidor.

## **Sus Derechos Individuales**

Usted tiene derecho a:

Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica. Consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricción, pero no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.

Solicitar que utilicemos un número de teléfono o domicilio específico para comunicarnos con usted.

Inspeccionar y copiar su información médica, incluyendo registros médicos y de cuentas. Pueden existir costos. Bajo circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de su información médica y usted puede solicitar una revisión de la negación\*

Solicitar un detalle de ciertas divulgaciones de su información médica hechas por nosotros. El detalle no incluye divulgaciones hechas para tratamientos, pagos, y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por la ley. Su solicitud debe detallar el período de tiempo deseado para el detalle que debe ser dentro de los seis años previos a su solicitud y excluir fechas previas al 14 de Abril de 2003. El primer detalle es gratis pero se recargará un costo si se realiza más de una solicitud en un período de 12 meses\*

Solicitar una copia en papel de este aviso, aun si usted aceptó recibirlo en forma electrónica.

\* Las solicitudes marcadas con un asterisco (\*) deben ser hechas por escrito. Contacte al Oficial de Privacidad de DHCF para recibir el formulario correcto para su solicitud.

## **Compartiendo Su Información Médica**

Existen situaciones limitadas en las cuales tenemos permitido o estamos obligados a divulgar información médica sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para la administración de los programas Medicaid, PCN, CHIP y UPP y lo siguiente:

Para propósitos de salud pública tales como el reporte de enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades o lesiones permitidas por ley; informar nacimientos y muertes; e informar reacciones a drogas y problemas con aparatos médicos.

Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica.

Para actividades médicas de supervisión tales como investigaciones, auditorias, e inspecciones.

Para juicios y procedimientos similares.

Cuando es requerido por la ley.

Cuando es solicitado por los agentes de la ley por requerimiento de la ley o por orden de la corte.

Para médicos forenses, examinadores médicos, y directores funerarios.

Para donaciones de órganos y tejidos.

Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas normas federales.

Para reducir o prevenir una seria amenaza a la salud y la seguridad pública.

Para compensaciones a trabajadores u otros programas similares si se lesiona en el trabajo.

Para funciones especiales del gobierno tales como de inteligencia y seguridad nacional.

Todos los demás usos y divulgaciones no mencionados en este aviso, requieren su autorización firmada.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento con una declaración por escrito.

## **Nuestras Responsabilidades de Privacidad**

Por ley, DHCF debe:

Mantener la privacidad de su información médica.

Proveer este aviso que describe las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica.

Respetar los términos del aviso actualmente en efecto.

Nos reservamos el derecho a efectuar cambios a este aviso en cualquier momento y validar las nuevas prácticas de privacidad para toda la información que guardamos. Los avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en el portal de Internet, <http://health.utah.gov/hipaa>. Además, usted puede solicitar una copia de cualquier aviso al Oficial de Privacidad de DHCF que se detalla a continuación.

## **Contáctenos**

Si desea recibir más información acerca de sus derechos de privacidad, le preocupa que sus derechos de privacidad han sido violados, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, los receptores de Medicaid, PCN, CHIP y UPP deben contactar al Oficial de Privacidad de DHCF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd Floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah 84114-3102; [cdevashrayee@utah.gov](mailto:cdevashrayee@utah.gov).

Investigaremos todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja. También puede presentar una queja por escrito en la Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.



Utah  
Department  
of Health

# Employer's Health Insurance Information

- This form **MUST** be completed by your employer or your company's Human Resources representative.  
Any blanks left on this form may delay the process.
- A form must be completed for each employed household member.

## 1 General Information

Employee Name : \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Company Name: \_\_\_\_\_ EIN: \_\_\_\_\_

Yes  No A. Does your company offer health insurance? If no, skip to section 4. Sign and return the form.

Yes  No B. Is the employee eligible to enroll in any insurance plan offered? If no, please explain:

\_\_\_\_\_

If yes, when is/was the employee eligible to enroll? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_

Yes  No C. Is the employee or any family member enrolled in any insurance plan offered?

If yes, name(s) of persons enrolled: \_\_\_\_\_

Yes  No D. Has this employee or any family member dropped/changed coverage in the last six months?

If yes, name(s): \_\_\_\_\_

If yes, when did coverage end/change? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_

## 2 Least Expensive Plan

Questions below refer to the least expensive plan offered at your company.

Yes  No A. Does the employee have to enroll in order to add their dependent(s)?

Yes  No B. When will/did coverage begin? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_

Yes  No C. When does the company's next open enrollment begin? (mm/dd/yy) \_\_\_\_\_

Yes  No D. Complete the chart below. Do NOT include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Employee's Monthly Premium	
Employee	\$
Employee + spouse	\$
Employee + child	\$
Family	\$

Company's Monthly Premium	
Employee	\$

Yes  No E. Is there a yearly deductible that the employee must pay before ANY claims are paid under this plan? (not the "out of pocket" cost or hospital deductible)

If yes, individual amount \$ \_\_\_\_\_

family amount \$ \_\_\_\_\_

(continued)

### 3 Employee's Choice of Health Plan

Questions below refer to the plan the employee has selected. Questions B-G refer to "in-network" benefits.

Yes  No A. Insurance company and plan name: \_\_\_\_\_

Yes  No B. Is the deductible \$1000 or less per individual?

Yes  No C. Does the plan pay at least 70% of an inpatient stay (after the deductible)?

Yes  No D. Is the lifetime maximum benefit \$1,000,000 or more?

E. What benefits are covered under this plan? (Check all that apply.)

- Physician visits       Hospital inpatient services       Pharmacy/Rx  
 Well child exams       Child immunizations

F. Complete this chart only if it is different from the chart on the front page (section 2). Do NOT include the cost of dental, vision or other coverage if it is separate.

Employee's Monthly Premium	
Employee	\$
Employee + spouse	\$
Employee + child	\$
Family	\$

Company's Monthly Premium	
Employee	\$

Yes  No G. Are the employee's children currently enrolled or do they plan to enroll in your company's dental plan? If yes, name(s): \_\_\_\_\_

### 4 Signature

I certify that I am a representative of the Human Resource Department, or that I am the health insurance contact person. The information on this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name (please print): \_\_\_\_\_

Title: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Please return completed form to:

DWS/CIU  
PO Box 143245  
SLC, UT 84114-3245  
Fax: 801-313-4700